FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1915 — THÈSE — N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Georges MADIN
Né à Paris, le 1er Mai 1887.

L'ENFANCE DES HYSTÉRIQUES

Président : GILBERT BALLET, *Professeur.*

PARIS
VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS
23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1915

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN : M. LANDOUZY

PROFESSEURS :	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL TEISSIER
Pathologie chirurgicale	LEJARS
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	Auguste BROCA
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	N.
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	N.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE LANDOUZY GILBERT CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	PIERRET QUENU N. HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR COUVELAIRE RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN
Hygiène et clinique de la 1re enfance	MARFAN.

Agrégés en exercice

MM.

ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BERNARD	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRANCA	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SAUVAGE
BRUMPT	LABBE (Henri)	MULON	SCHWARTZ
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	SICARD
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TANON
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	TERRIEN
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	ZIMMERN
GREGOIRE	LEREBOULLET	RIBIERRE	
GUENIOT	LERI	RICHAUD	

Secrétaire de la Faculté : M. DESTOUCHES

Par délibération en date du 9 decembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GILBERT BALLET

Membre de l'Académie de Médecine,
Officier de la Légion d'honneur.

A Monsieur le Docteur André COLLIN

Chef de clinique à la Faculté de Médecine de Paris.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

M. le Professeur Hutinel.
M. le Professeur agrégé Laignel-Lavastine.
M. le Docteur Routier.
— Siredey.
— Brault.
M. le Professeur agrégé Lepage.

APERÇU DES THÉORIES SUR L'HYSTÉRIE DEPUIS CHARCOT

Avec Charcot on conçoit l'hystérie comme une maladie générale, constituant un tout.

Malgré la grande diversité des accidents, les stigmates permanents : sensitifs, moteurs, psychiques, circonscrivent un terrain particulier; et les accidents ne sont souvent qu'un épanouissement des stigmates : la crise est en préparation dans la zone hystérogène, la paralysie dans l'amyosthénie, la contracture dans la diathèse de contracture, etc...

Quant au mécanisme, Charcot voit bien le rôle de la suggestibilité et du psychisme : « L'hystérie est la maladie psychique par excellence »...

« Beaucoup d'accidents de l'hystérie sont dus aux pensées des malades ».

Cette suggestibilité a toujours été considérée par l'école de la Salpêtrière comme un des caractères fondamentaux de la mentalité hystérique.

« L'état mental produit par une émotion ou un choc nerveux équivaudrait aux phénomènes produits par l'hypnotisme; ainsi chez les uns, comme chez les autres, le choc, par la sensation qu'il produit, ferait

naître l'idée d'impuissance du membre : la sensation jouerait le rôle d'une suggestion » (Thomas).

Les élèves de Charcot, Gilles de la Tourette et Gasne, ont développé cette notion de la suggestion, dans le sens indiqué par le Maître. « L'idée prend une place prépondérante parce qu'elle reste isolée, n'est plus soumise au contrôle de cette collection d'idées, qui constitue la personnalité ».

Mais à côté des cas rattachés à la suggestion, le plus grand nombre, d'après Charcot, est spontané, et comme apparition et comme aspect.

Pour Bernheim, c'est tout le contraire : l'attaque d'hystérie décrite par Charcot n'est qu'une hystérie de culture, un produit de la suggestion médicale. Il en est de même pour les stigmates et tous les autres symptômes, tout est créé par le médecin.

D'ailleurs, pour Bernheim, le rôle de la suggestibilisé est singulièrement étendu : toute idée acceptée par le cerveau, est une suggestion.

Le domaine de la suggestion est aussi étendu que le domaine de l'idée.

D'autre part, la suggestibilité n'est pas comprise par Bernheim comme par Charcot. Pour Bernheim, c'est un excès d'attention : « L'hytérique réalise son accident comme elle le conçoit », alors que pour Charcot, elle est due à la distraction.

Pour l'école de Nancy, les crises sont donc le produit de l'idée, de la suggestion; une seule exception étant faite pour la première crise qui est le produit direct de l'émotion, et ne diffère pas, sauf l'intensité, des troubles

psycho-dynamiques que nous manifestons à la suite de certaines émotions.

Des idées de Bernheim, on rapproche, en général, celles de Babinski : Un trouble qui porte sur une fonction est probablement hystérique, quand on ne constate pas en même temps des symptômes de la détérioration de la fonction elle-même; quand il se montre spontanément et non sous l'influence du médecin, variable dans les diverses conditions psychologiques du sujet, et quand il disparaît au moment où la fonction s'exerce antomatiquement, en cessant d'être à la disposition personnelle du sujet ». (Babinski).

« C'est, dit Janet, si l'on ne veut pas ergoter sur les termes, l'ancienne conception de Bernheim : les phénomènes hystériques ont un grand caractère, qui leur est commun à tous et qui n'existe que chez eux, c'est qu'ils sont le résultat de l'idée même que le sujet a de son accident ».

« L'hystérique réalise son accident comme elle le conçoit ».

« Ainsi le développement des accidents hystériques se ferait par un mécanisme toujours identique à celui de la suggestion » Janet.

C'est peut-être prêter à Babinski une opinion qu'il n'a pas formellement émise.

Dans sa définition de l'hystérie, « Babinski n'a pas prétendu que les accidents hystériques sont causés par la suggestion et qu'ils disparaissent brusquement par son intervention ; il a seulement avancé qu'il était possible de reproduire les troubles primitifs par sugges-

tion chez certains sujets, et de les faire disparaître de même » (A. Thomas).

Quoi qu'il en soit, nous devions relater ici la façon dont Janet interprète la définition de Babinski. Pour Janet, Babinski résume l'hystérie par la suggestion ; nous allons voir en exposant la conception de Janet les principales critiques qu'il fait à cette manière de voir.

La doctrine de Janet est basée sur la psychologie expérimentale. Ses observations l'ont amené à confirmer la notion de subconscience déjà reconnue par Maine de Biran, sur lui-même et sur les somnambules.

Les phénomènes subconscients, les « impressions » diffèrent des phénomènes conscients, des « perceptions personnelles », par le non rattachement de ces « impressions » à la conscience claire du sujet.

Cette subconscience se révèle, dominante au suprême degré dans l'hypnose, dans l'hystérie, où la conscience supérieure s'efface, permettant l'envahissement du subconscient par une idée fixe.

Le dédoublement de la personnalité est alors constitué.

En même temps Janet définit ce qu'il appelle le champ de conscience : c'est le plus grand nombre de faits psychologiques possible, embrassés par la conscience personnelle. Ce champ de conscience se rétrécit dans certains états, particulièrement dans l'hypnose et l'hystérie, « qui présentent une réduction de faits psychologiques capables d'être réunis simultanément dans une même conscience personnelle. Cette réduction détermine une forme de la dépression mentale, caractérisée par le

rétrécissement congénital du champ de conscience et par la tendance à la dissociation et à l'émancipation des systèmes d'idées ou de fonctions, qui, par leur synthèse constituent la personnalité ». (Régis et Hesnard).

Le rétrécissement du champ de conscience, la prédominance du subconscient, expliquent ainsi la suggestibilité, la distractivité, l'aboulie, l'amnésie, tous phénomènes qui s'engendrent les uns les autres.

Janet soutient contre Bernheim et Babinski, « contre l'école de la suggestion, que le trouble hystérique ne consiste pas seulement et essentiellement en une simulation plus ou moins consciente de la maladie, que les symptômes de cette maladie dépassent de beaucoup les idées que le sujet peut s'en faire et que la névrose est bien une altération du fonctionnement psychique ». (Régis et Hesnard).

D'autre part, Janet critique le sens imprécis du mot suggestion.

Dans une suggestion hystérique, il y a plus que l'acceptation par le cerveau d'une idée, il y a aussi, c'est ce qui est le plus curieux, l'action corporelle produite par cette idée.

« Ce qui caractérise les hystériques, disent Mathieu et Roux, à propos du vomissement hystérique, c'est moins le fait qu'elles acceptent une idée quelconque, que l'action exercée par cette idée sur leur estomac ou leur intestin. »

La doctrine psychologique de Freud peut être rapprochée de celle de Janet, car, suivant Freud, l'hystérie se présente bien comme un rétrécissement du champ de

conscience, mais tandis que la conception primitive des faits psychiques est statique chez Janet, la conception première chez Freud est au contraire dynamique.

« L'hystérie se présente bien comme un rétrécissement du champ de conscience et une émancipation des complexes affectifs détachés de la personnalité, mais, parce que le sujet a refoulé, hors de sa conscience, toutes les idées qui lui étaient pénibles, afin de se débarrasser de leur saveur affective désagréable ». (Régis et Hesnard).

Claparède, dont la théorie sur l'hystérie n'est qu'une extension de sa théorie du sommeil, conçoit lui aussi un rétrécissement actif du champ de conscience : « Le sommeil est psychologiquement, un état de désintérêt, de distraction totale de la situation présente.

L'hystérie est aussi regardée comme un état de distraction; mais c'est une distraction partielle, systématisée, ne partant que sur certains objets ».

Quel que soit l'intérêt qu'il y aurait pour lui à prendre les objets en considération, « l'hystérique s'en désintéresse; il a pour certains stimuli une crampe de désintérêt, c'est-à-dire un désintérêt actif. Le stigmate hystérique est la conséquence d'une réaction exagérée de désintérêt ».

On voit par là que Claparède, comme le remarque Grasset, se rapproche de Bernheim à un certain point de vue, en faisant de la déviation psychique de l'hystérique une réaction exagérée. Mais il se rapproche encore bien plus de Freud lorsqu'il cherche les motifs intimes de ce désintérêt de l'hystérique : « le sujet se désinté-

resse de tel objet, de telle partie de son corps : de tel souvenir parce qu'il lui *répugne* de les prendre en considération. Cette réaction de désintérêt est pour l'esprit ce que le réflexe du dégoût, du vomissement, est pour le corps : dans un cas comme dans l'autre, on expulse ce qu'il répugne d'assimiler »

La conception de Dupré occupe une place à part dans la question. Il cherche, en somme, comme dit Laignel-Lavastine, à définir le syndrome psychique par le caractère. L'hystérie, pour Dupré, consiste, dans une « simulo-fabulation, plus ou moins consciente et volontaire des syndromes neuro-psychiâtriques. » L'hystérie serait alors définie par la simulation que réalise le malade, grâce à une psycho-plasticité particulière, assurant entre le corps et l'esprit, des relations faciles et durables de synergie et de complicité.

D'un mot « l'hystérie, espèce du genre mythomanie, doit être considérée « comme une mythoplastie inconsciente et involontaire de syndromes psychiques, sensitifs, sensoriels ou moteurs ».

Ce serait une mythomanie des syndromes ; l'hystérie, maladie essentiellement imaginative, obéirait alors aux mêmes motifs qui déterminent les manifestations mythopathiques : « mythomanie vaniteuse, et mythomanie de luxe, tendance à organiser des syndromes factices par esprit d'ostentation, goût de mise en scène, théâtralisme ; ou par simple besoin de fabuler, pour rien, pour le plaisir ».

INTRODUCTION

On relève quelquefois dans l'étiologie de l'hystérie une cause grossière de l'accident hystérique, d'ordre toxique (hystérie toxique de Debove); d'ordre traumatique (hystéro-traumatisme ou hystérie développée sous l'influence du traumatisme et du shock nerveux); d'ordre nerveux (hystérie associée à diverses maladies organiques ou fonctionnelles du système nerveux).

A côté de ces hystéries nettement provoquées, dans le plus grand nombre des autres cas, la cause provocatrice ou si l'on veut préparatrice, échappe, et dans ces cas, il nous a paru intéressant de rechercher s'il n'existe pas une modification préalable du système nerveux, pour autrement parler un terrain favorable à l'éclosion d'accidents hystériques.

Cette notion du terrain si souvent invoquée n'a jusqu'ici été définie que très vaguement, et l'on s'est contenté d'incriminer le nervosisme, favorisant l'éclosion d'accidents hystériques.

La difficulté de cette étude résulte peut-être de ce que la question de l'hystérie en elle-même est très controversée; de telle sorte qu'on peut se demander quels malades méritent le nom d'hystériques. Nous ne voulons

pas commencer notre travail par une discussion portant sur ce point litigieux. Il nous suffit de reconnaître que certains accidents, tels que l'astasie abasie, les paralysies, les contractures, les attaques convulsives, se présentant avec une apparence bien déterminée, sont attribués par la plupart des auteurs à l'hystérie. C'est seulement ceux-là que nous étudierons.

Nous ferons porter nos investigations sur le syndrome infantile psycho-neuro-musculaire, dont la persistance et le démembrement nous renseignent sur l'évolution du système nerveux, et sur le caractère des malades.

Par ces recherches, nous n'aboutirons qu'à des conclusions modestes : le terrain de l'hystérie et de ses manifestations est assez bien déterminé par tels et tels caractères, mais de ces caractères nous ne préjugerons rien quant à la nature de l'hystérie proprement dite.

Le terrain hystérique a-t-il d'ailleurs des caractères absolument spécifiques et qui lui appartiennent en propre? Parmi les caractères que nous avons relevés, les uns sont communément observés chez nombre de psychonévropathes, ainsi par exemple la naissance avant terme, le développement incomplet, mis en évidence par la persistance du syndrome psychoneuro-musculaire; mais d'autres, tels que la conservation des attitudes et la mythomanie spéciale, nous paraissent plus particuliers au terrain hystérique.

CHAPITRE I

« L'hystérie infantile doit éclairer les cas d'hystérie, en général; la maladie étant étudiée là, à son début, dans ses manifestations élémentaires. Elle s'édifie sur un assemblage mental, relativement récent, et partant moins complexe ». (Weill)

Au point de vue particulier du terrain, il est encore plus important de l'étudier dans l'enfance, car c'est l'hérédité, ce sont les influences, subies dans les premières années, qui jouent le rôle le plus important dans la constitution du terrain.

Pour être approfondie et construite sur des bases solides, cette étude doit synthétiser dans une vue d'ensemble, une série de données obtenues de divers côtés : dans les maternités, les crèches, les hôpitaux; elle doit poursuivre systématiquement : 1° l'étude des causes héréditaires, puis des causes extérieures qui influent sur le jeune être et modifient sa constitution.

2° L'étude des organes et des fonctions aux différents âges; ce qui permet de mesurer, d'après l'insuffisance ou l'altération de ces organes et fonctions, l'action plus ou moins nocive des causes précédentes.

Une réflexion s'impose qnand on aborde la question d'hérédité; on a attribué jusqu'ici, en bloc, à l'hérédité, ce qui résulte d'influences postérieures à la fécondation, telles qu'hérédo-contagion, ou maladies, ou traumatismes, ou émotions pendant la grossesse, ou avance du terme, ou accidents de l'accouchement, ou maladies et traumatismes de la première enfance. « Combien d'enfants n'ont ainsi hérité que d'eux-mêmes. » disait Lasègne, à propos des traumatismes crâniens.

Pour bien distinguer ce qui revient à toutes ces causes, nous groupons les faits, dits d'hérédité, sous cinq chefs différents; 1° Antécédents héréditaires. Etat des géniteurs.

A côté de l'hérédité similaire, très importante lorsqu'il s'agit d'hérédité nerveuse, car « le système nerveux est celui qui porte le plus la marque de l'influence prépondérante de l'hérédité », (Déjerine) il faut chercher la tare *infectieuse* : infection chronique, tuberculose, syphilis; infection aiguë : fièvre typhoïde, etc...

A ce dernier point de vue, les expériences de Charrin ont souvent trouvé leur vérification clinique. Ainsi, dans l'exemple suivant que nous avons observé : un homme bien constitué, père de beaux enfants, procrée dans la convalescence d'une typhoïde un enfant idiot.

L'influence de la syphilis est trop bien connue pour insister. Elle semble agir par contagion préalable de la mère, l'influence du père se réduisant à cette contagion préalable.

A l'exemple d'Augagneur, la plupart des modernes n'admettent pas la transmission directe du père à son

descendant. Comment le spermatozoïde serait-il infectant, alors que le sperme ne l'est pas?

Pour la tuberculose, l'hérédo-contagion est également presque seule invoquée; encore admet-on qu'elle est très rare; il y a transmission habituelle des seules toxines, entraînant les dystrophies, l'infantilisme, ou bien transmission pure et simple de la prédisposition.

La tare *toxique* dont la principale est l'alcoolisme. Son influence nuisible sur la descendance est reconnue depuis longtemps; mais il faut savoir le reconnaître chez les parents.

A côté de l'ivrogne typique, avec sa face vultueuse, ses yeux noyés, on connaît aussi l'alcoolique plus discret, en particulier d'après les troubles de son sommeil, de ses fonctions digestives, etc...

Chez la femme, l'alcoolisme donne des accidents de physionomie un peu différente : polynévrite traduite au plus faible degré par des crampes, démangeaisons du cuir chevelu, séborrhée, etc...

L'intoxication par la cocaïne, pour être plus rare, n'est pas moins importante, l'observation suivante de M. Marfan (1) en fait foi.

Le professeur Marfan fut appelé à donner ses soins aux deux derniers nés d'une famille; ceux-ci, à l'encontre de leurs aînés, étaient atteints d'idiotie due à la cocaïnomanie paternelle (3 grammes de poudre de cocaïne prisés par jour). La descendance permettait de suivre l'action progressive du poison. Une fille, née

(1) Marfan. *Revue mensuelle des mal. de l'enfance* 1901, p. 410.

avant l'intoxication, est parfaitement bien sous tous les rapports; une enfant, conçue deux mois après le début de la cocaïnisation, est extrêmement intelligente, mais d'une santé frêle; un enfant de six ans et un de dix mois, nés en pleine toxicomanie, sont les deux enfants dont nous avons parlé; ce sont des idiots microcéphales.

2° Influence de la grossesse. — Grossesse gémellaire due en général à la syphilis; à la tuberculose. C'est une anomalie également chez l'animal, elle est connue des éleveurs qui s'en inquiètent. Maladies subies par la mère dans la grossesse, en particulier l'albuminurie spéciale entraînant des lésions du placenta, d'où la grande maigreur de l'enfant, sa débilité, (l'enfant araignée)...

3° Influence du terme. L'avance du terme cause le plus souvent le poids faible à la naissance; si le poids est supérieur à deux mille grammes, si la prématuration n'excède pas un mois, les enfants arrivent à surmonter leur retard; ce qu'il faut savoir, c'est l'importance d'une prématuration même de quinze jours, importance bien connue des accoucheurs.

Tandis que les prématurations d'au moins un mois, reconnaissent le plus généralement une cause infectieuse (syphilis), les prématurations moindres sont surtout dues à la fatigue de la mère, à l'existence des rapports sexuels dans la grossesse.

4° Influence de l'accouchement. Compression par forceps, circulaire entraînant l'asphyxie.

5° Influences postérieures à l'accouchement. Allaitement artificiel : le lait insuffisamment stérilisé, riche

en germes, ou tardivement stérilisé, riche en toxines, entraîne des troubles dyspeptiques, de l'entérite.

Par opposition, le lait trop stérilisé entraîne le scorbut.

L'importance de la ration doit être connue, la loi de Maurel est rejetée par la plupart des pédiâtres. L'hypotrophie de Variot est dûe souvent à l'insuffisance de l'alimentation.

L'alimentation de complément trop précoce, entraîne le rachitisme, les troubles dyspeptiques; trop tardive, elle peut entraîner l'anémie, la réserve de fer du foie étant épuisée.

Les maladies infectieuses du tout premier âge ont une influence d'autant plus grande qu'elles frappent avec prédilection le système nerveux; et peut-être ce fait doit-il être rattaché à la myélinisation incomplète des éléments nerveux.

Il faut savoir d'ailleurs qu'à côté des encéphalites bien caractérisées, le méningisme, les convulsions, sont souvent attribuables à des atteintes infectieuses légères des centres nerveux, ainsi que Voisin l'a montré.

Ainsi s'explique que l'épilepsie succède à de simples convulsions.

Parmi les maladies infectieuses qui peuvent entraîner l'épilepsie mentionnons la coqueluche, très importante lorsqu'elle frappe le nourrison. L'hypertension due aux quintes de toux, entraîne des hémorragies méningées ou cérébrales, d'autant plus facilement que l'enfant est plus jeune.

Abordant la deuxième partie de l'étude du terrain,

examinons le développement des organes et des fonctions, qui nous donneront la mesure de la nocivité attribuable aux causes précédentes. Il y a un grand intérêt à s'occuper de l'apparition des dents; celle de la première surtout; qu'elle soit tardive ou précoce; c'est une indication précieuse du développement général de tout l'organisme. La date d'apparition des autres dents est moins importante parce qu'elle peut être en rapport avec des fautes d'hygiène alimentaire.

Les auteurs donnent comme normal l'âge de 4 à 7 mois pour les premières dents; en deça et au-delà il y a retard ou précocité. Quant aux anomalies dentaires, malformations, érosions, pour Galippe, elles n'ont pas de caractère spécifique, la dent d'Hutchinson, elle-même ne serait pas spécifique.

L'étude détaillée des deux grandes fonctions : fonction de la marche, fonction sphinctérienne n'a guère été faite que dans ces dernières années. Ces deux fonctions ont un rapport étroit avec le développement du système nerveux.

La notion nouvelle du syndrome de débilité motrice nous permet aujourd'hui d'approfondir l'état de développement du système nerveux par des signes directs, et de marquer des étapes dans la vie du nourrisson et de l'enfant.

Dupré et Merklen ont constaté l'insuffisance normale du développement du cerveau moteur et de ses dépendances, pendant la première enfance, où le nourrisson représente un débile mental et moteur physiologique. La débilité motrice se traduit par le syndrome suivant :

hypertonie, exagération des réflexes tendineux, réflexe plantaire en extension, syncinésie, énurésie.

Pierre Marie insiste sur l'habitus musculaire du nourrisson, on pourrait dire que tout enfant « est par suite du défaut de développement de son faisceau pyramidal en puissance de maladie de Little. »

Chez le fœtus en effet, au huitième mois de la grossesse, le faisceau pyramidal n'est pas myélinisé au niveau de la huitième cervicale. Van Gehuchten admet que la myélinisation complète ne se fait que cinq mois après la naissance.

Par contre, dans certains groupes de la série animale où l'évolution du système nerveux central et périphérique est plus complète, à la naissance, la marche est immédiate : ainsi pour les cobayes, et celà est dûd après Betcherew, à la myélinisation complète du faisceau pyramidal.

L'énurésie est aussi un élément du syndrome de débilité motrice ; lorsqu'elle se présente avec la forme particulière, décrite par Merklen sous le nom d'énurésie hypogénésique.

Vers deux ans et demi le syndrome infantile disparaît normalement; l'enfant à désormais la même forme de réflectivité que l'adulte, la fonction de la marche et la fonction sphinctérienne ont acquis leur complet développement. Cependant certains enfants en retard, gardent plus longtemps la réflectivité infantile, parallèlement chez ceux-là la marche et la fonction sphinctérienne sont en retard. D'où l'importance aussi bien de l'examen direct de la reflectivité, que de l'enquête portant

sur la date de l'établissement de ces deux fonctions.

En accordant une latitude de trois ou quatre mois aux variations normales, l'enfant doit, suivant les auteurs, commencer à marcher entre onze et quatorze mois, et devenir propre entre dix-sept et vingt mois.

La fonction du langage n'est pas moins importante à étudier. Tout d'abord l'enfant ne fait preuve que d'un psittacisme pur et simple, imitation automatique des assonances entendues; plus tard seulement, s'établit le vrai langage, quand le mot prononcé pénètre dans le conscient, y fusionne avec les sensations diverses qui s'y rattachent, et dont il est désormais devenu le symbole. Le passage du psittacisme au vrai langage paraît marquer l'avènement de l'intelligence, le premier et véritable éveil intellectuel.

A cette même époque, vers l'âge de dix-huit mois environ, nous remarquons un signe capital, le signe du bras ou de la conservation des attitudes.

Pour mettre cette réaction enfantine en évidence (page 12 Thèse Collin) nous avons usé indifféremment de deux précédés : après avoir pris toutes les précautions nécessaires pour ne pas effrayer l'enfant, on place les bras dans la position dite « du bras tendu » ou en avant du corps; on peut alors soit prolonger l'expérience, pour attendre le moment où l'enfant laissera tomber ses bras; soit, au bout de quelques instants, donner une impulsion à l'un des bras; l'autre reste ou non dans la position primitive. Ce procédé ou « signe du bras » nous a permis de traduire fort exactement la faculté qu'a l'enfant de résister ou non à la fatigue; il nous a paru plus rapide

et plus précis que l'expérience prolongée, féconde en causes d'erreur.

Cette résistance à la fatigue, cette conservation des attitudes, cet oubli de la position donnée est, dans les cas ordinaires, fonction de l'âge. Cette manière d'être appartient bien aux enfants, qui donnent d'autres signes d'insuffisance physiologique du développement du système nerveux. Elle cesse normalement un peu avant la troisième année.

Le signe du bras positif, le réflexe plantaire en extension, l'exagération des réflexes tendineux, constituent le syndrome psycho-neuro-musculaire physiologique de la première enfance.

Après avoir fait cet examen chez les enfants normaux, nous avons examiné à ce même point de vue de la résistance à la fatigue, les enfants épileptiques, imbéciles, idiots et les simples arriérés.

« Vingt idiots, quel que soit leur âge et la gravité de leur état, n'ont pu laisser de doute sur la façon dont ils se comportent.

Après nous être assurés qu'ils avaient bien compris ce qu'on leur demandait, nous avons pu voir qu'ils étaient absolument incapables de résister à la fatigue; ils sont restés quelques secondes les bras en l'air; baissait-on un bras, ils laissaient lourdement tomber l'autre.

Les imbéciles ont réagi de la même façon.

Les épileptiques, suivant leur intelligence, se sont comportés en adultes, tantôt désireux de faire montre de leur force, tantôt obéissant à la loi du moindre effort.

Les enfants arriérés se sont comportés d'une façon différente : il nous a semblé que chez eux, leur faculté de faire des progrès était parallèle à la résistance à la fatigue. Tant que leur axe cérébro-spinal peut encore acquérir quelque développement, il est permis de conserver quelque espoir d'amélioration.

C'est ainsi que nous avons vu des enfants arriérés, commençant à lire, écrire ou compter à dix ou douze ans, en progrès manifeste sur les années précédentes, au dire de leur professeur, se comporter vis-à-vis de la fatigue, comme des enfants de deux ans.

Le professeur Bernheim et M. Arnaud ont rappelé lors de notre présentation, à la Société de psychiâtrie, que les états de résistance à la fatigue, analogues à ceux des enfants de deux ans, pouvaient se rencontrer chez certains déments, notamment chez les déments précoces et les paralytiques généraux dénotant un profond état de déchéance. Meige a mis en évidence chez des sujets moins gravement atteints l'inaptitude au relâchement musculaire par le « phénomène de la chute des bras ».

Il est intéressant de constater une fois de plus, combien les symptômes d'insuffisance et de déchéance sont semblables, et de mettre ce signe de résistance à la fatigue parmi les signes communs à l'évolution et à l'involution.

C'est, jusqu'à présent, dans notre étude de tous ces cas, l'interprétation qui paraît le mieux donner l'explication du fait constaté, et nous dirons qu'étant données, d'une part, sa constance chez les enfants, au-dessous de deux ans et demi, d'autre part, la possibilité de le

retrouver chez des adultes profondément et définitivement atteints de démence, le fait qu'il n'existe pas chez les insuffisants cérébraux dont le système nerveux, encore que mal formé, est complètement formé et ne subit pas de processus démentiel, nous croyons pouvoir le considérer comme un signe d'évolution et d'involution » (André Collin).

Cette résistance à la fatigue, ainsi envisagée, paraît liée comme la débilité motrice à une insuffisance physiologique du faisceau pyramidal.

Mais l'insuffisance cérébelleuse a-t-elle une part dans le phénomène qui nous occupe?

A quel âge le cervelet de l'enfant est-il complètement développé?

A quelques variantes près, l'enfant présente des signes analogues à ceux que produirait une lésion de l'appareil cérébelleux, il a l'asynergie, l'adiadococynésie, les mouvements démesurés. La catalepsie cérébelleuse a même été observée par Collin dans trois cas.

En troisième lieu, les organes périphériques neuro-musculaires ne jouent-ils pas un rôle important?

Mosso dit que l'on doit transporter à la périphérie et dans les muscles, certains phénomènes que l'on croyait d'origine centrale.

Etant donné que, suivant l'état actuel de nos connaissances, un très grand nombre de facteurs semblent entrer en jeu pour la production du phénomène qui nous intéresse, nous avons voulu, en restant esclave du fait, conserver ce terme imprécis « résistance à la fatigue ».

Mais comme rien n'empêche un enfant de réagir contre une sensation pénible, il y a lieu de supposer que la fatigue n'est pas ressentie.

Or, nous connaissons dans la science deux états où la fatigue n'est pas ressentie : la catalepsie et la catatonie.

S'agit-il donc d'un phénomène cataleptique ou catatonique dans cette conservation des attitudes? C'est la seule question qui se pose, puisqu'on ne peut guère la confondre avec les tétanies ou les spasmophilies ; la conservation des attitudes n'est pas liée comme ces états à des troubles digestifs, il n'est pas besoin de recourir à une compression quelconque pour les faire naître, elle ne s'accompagne enfin d'aucune contracture ; le bras reste souple, les doigts sont libres, la contraction musculaire est au minimum, pour maintenir le bras dans cette position.

La catalepsie a, par contre, de nombreux points communs avec les phénomènes en question, cependant, bien que les auteurs reconnaissent qu'il puisse y avoir des catalepsies partielles et localisées sans participation de tout l'individu, (Lasègue) il est de règle de n'observer la catalepsie que dans des états déterminés, chez certains prédisposés.

Elle est enfin singulièrement facilitée par l'hypnose, et il faut dans ce cas un couple bien entraîné d'opérateur et de patient.

De plus, le sujet ne semble pas avoir oublié le membre en état cataleptique, car sa seule volonté est insuffisante à le ramener dans une position normale, il faut une intervention étrangère pour lui venir en aide. Or, dans

la conservation des attitudes, la volonté du jeune enfant n'est pas absente, il est toujours facile de lui faire baisser le bras sur un ordre parlé et il est tout prêt à se servir de la main restée en l'air pour atteindre sa poupée ou son gobelet.

Si donc, au point de vue de la physiologie du muscle, cet état observé chez l'enfant peut être exactement superposé aux états cataleptiques, les phénomènes à côté qui l'accompagnent, ne nous permettent pas de les identifier.

Il en est de même pour la catatonie : celle-ci appartient à des états psychiâtriques bien définis, elle est une partie d'un ensemble, elle s'accompagne d'un habitus spécial : figure sans expression, jeux de physionomie incohérents et contradictoires ; chez certains déments précoces, l'état catatonique alterne, avec les attitudes contournées, le maniérisme, les stéréotypies.

Il nous semble donc bien que nous n'allons pas trop loin, en disant que l'incitation donnée a prolongé anormalement ses effets, grâce à une malléabilité intellectuelle, toute proche de le suggestibilité.

Malléabilité, suggestibilité normales au jeune enfant, mais destinées à disparaître, comme les autres symptômes du syndrome infantile normal.

Collin qui a décrit dans sa thèse ce signe du bras, complétant le syndrome psycho-neuro-musculaire infantile, étudie le démembrement de ce syndrome chez les normaux et chez les anormaux. Il en a noté la persistance en tout ou en partie, chez certains enfants, et en particulier, la persistance du signe du bras, alors que

les autres éléments ont parfois disparu presque complètement.

Dès lors aux deux états isolés par Dupré et Merklen comme des syndromes de persistance infantile : 1° Syndrome de débilité motrice, pure et simple ; 2° Syndrome de débilité motrice, avec énurésie hypogénésique, n'y a t-il pas lieu de rapprocher un syndrome de persistance infantile, mis en évidence par la réaction neuro-musculaire particulière, qu'est la conservation des attitudes?

Nous avons retrouvé la persistance élective du signe du bras chez tous les enfants hystériques que nous avons examinés. C'est donc, selon nous, un des caractères du terrain particulier sur lequel germeront les accidents hystériques ; ce qui nous permet aussi de dire des hystériques qu'ils sont des infantiles.

Etudions maintenant chez l'enfant, les caractères psychiques ; nous porterons notre examen psychologique plutôt sur le caractère, sur l'humeur de l'enfant que sur son intelligence.

Un des caractères fondamentaux de la mentalité infantile, c'est la suggestibilité. « L'enfant présente à un haut degré le caractère primordial de l'hystérique, la suggestibilité » dit Benjamin Weill. C'est le « lenksamkeit » d'Hellpach.

Nous avons déjà montré que cette suggestibilité entre pour une bonne part dans l'un des trois symptômes du syndrome infantile normal (conservation des attitudes).

Quant à l'étude de l'humeur, elle prend chaque jour une plus grande importance.

Parmi les tendances de nature affective, constituant le caractère, les psychiâtres ont déjà isolé, en syndromes bien déterminés, l'émotivité et les tendances mythomaniaques qui nous intéressent particulièrement.

L'émotivité, sous le nom de nervosisme, est revendiquée par Oppenheim, comme base de l'hystérie ; et la mythomanie absorberait complètement l'hystérie, suivant Dupré.

Or, il faut savoir, pour lui donner sa vraie valeur, que l'émotivité, si on la caractérise par l'éréthisme de la sensibilité et l'insuffisance de l'inhibition motrice entraînant le déséquilibre des sécrétions, l'exagération des réactions vaso-motrices, l'hypéresthésie sensitive et sensorielle, la tendance aux spasmes, au tremblement, est presque toujours ébauchée chez l'enfant. Le nourrisson, le petit enfant, seraient alors (et c'est l'opinion d'Heuyer) des émotifs constitutionnels, dont l'émotivité s'effacerait normalement avec l'âge.

Cette émotivité constitutionnelle relève d'un déséquilibre explicable par la prédominance de la réflectivité médullaire à cet âge; et là où nous la trouvons, cette émotivité peut être considérée comme un défaut d'évolution.

Aussi partout où nous trouvons des réactions désordonnées motrices et vaso-motrices, à la suite d'une émotion légère, nous pourrons admettre qu'il y a, comme dans l'enfance, défaut d'action frénatrice du cerveau sur la moelle et probabilité d'infantilisme.

Passons maintenant à l'étude de la mythomanie.

Ce n'est pas le mensonge proprement dit, qui est tou-

jours une altération volontaire de la vérité ; la mythomanie n'est souvent qu'un mensonge tendance, un mensonge désintéressé pourrait-on dire, car si l'enfant s'y complaît, c'est moins par goût de la mystification, que par un goût naturel pour la fabulation, ordinairement vaniteuse et merveilleuse.

« L'enfant cherche autant à s'en faire accroire qu'à en faire accroire aux autres, et, par opposition au mensonge, on pourrait dire de la mythomanie qu'elle est une altération inconsciente de la vérité « un maquillage inconscient de la réalité ». L'enfant n'a ni idée maîtresse, ni sentiment directeur, ni sens des relativités ou des proportions, il ne sait pas percevoir toutes choses, et celles qu'il perçoit, il sait encore moins les ranger, les classer.

Avec cela, il est très imaginatif, se plaît aux fictions romanesques, aux mythes, aux récits merveilleux, aux contes fantastiques, à tous les jeux de la pensée. Enfin, il est éminemment suggestible ; il ne sait se défendre contre aucune croyance.

Les questions qu'on lui pose dictent sa réponse. Il émet l'opinion qu'il croit qu'on veut qu'il ait. Il parle au hasard et sans réflexion. Il répond : je ne sais pas, quand il sait ; oui, quand c'est non, et, témérairement engagé dans une affirmation fausse, il s'y tient, s'y entête, et renchérit encore. De là, ses faux témoignages.

En résumé, incertitude des données immédiates de la connaissance, prédominance essentielle des facultés imaginatives, asservissement aux suggestions de l'entourage, absence ou pauvreté des pouvoirs critiques, tels

sont les traits essentiels de la mentalité de l'enfant : menteur par excès d'imagination, défaut d'observation et de raison.

« Plus tard, si sa nature est bonne, et si l'éducation est ce qu'elle doit être, il apprendra à se passer du mensonge. » (Dugas).

Ainsi envisagée, la mythomanie persistante nous paraît susceptible de s'expliquer souvent, comme l'émotivité constitutionnelle, par la persistance anormale d'une tendance infantile.

Dans toutes nos observations, nous avons donc fait porter notre examen sur les points suivants :

1° Recherches sur l'état de santé des géniteurs.

2° Enquête sur la naissance à terme ou avant terme.

3° Recherches de la date des premiers pas, des premiers mots, et de la date à laquelle ces enfants ont cessé d'uriner au lit.

4° Recherche des symptômes nerveux organiques : syncinésie, états des réflexes tendineux, signe de l'orteil et conservation des attitudes.

5° Recherche de la mythomanie.

CHAPITRE II

La plupart des auteurs, lorsqu'ils étudient les signes prémonitoires de l'hystérie dans l'enfance, incriminent en général un nervosisme vague et sans caractère spécial. Telles sont en particulier les conclusions de la thèse de Weill. (Th. Paris 1904).

Il signale dans l'hystérie un nervosisme indéterminé qui se manifeste par une excitabilité générale et localisée (page 135).

Il est également frappé de l'analogie entre les troubles mentaux, généralement attribués aux enfants hystériques, et les troubles qui marquent le début des autres névroses ou des psychoses de l'enfance.

Les conclusions de Comby et d'Escorne sur les signes prémonitoires de l'hystérie sont analogues : « l'état prémonitoire » est sans caractère spécifique, et consiste surtout dans une excitabilité anormale du système nerveux.

Or, nous pensons, après une lecture attentive des observations de Weill, que l'auteur a été frappé par la violence occasionnelle des réactions émotives présentées par ses malades. Si l'on met à part les cas d'émotivité pure et simple qu'on ne rattache plus aujourd'hui à

l'hystérie, dans ses observations, comme dans les nôtres, l'enfant est généralement placide, douce, obéissante.

Ce n'est pas dire que l'émotion ne puisse être fréquemment la cause occasionnelle d'un accident hystérique, mais, au point de vue du terrain où nous nous plaçons, l'hystérique ne nous paraît pas une émotive habituelle. Ceci se dégage assez nettement du reste des discussions récentes qui ont eu pour objet le rôle de l'émotion dans la genèse des accidents hystériques (Société de Neurologie 1909-1910).

Les hystériques font difficilement de la préoccupation émotive, de l'émotion intérieure, leur monoidéisme, signalé par Janet, explique qu'ils réagissent moins que d'autres aux causes émotives banales, comme il explique aussi qu'ils réagiront au contraire, avec intensité, s'ils sont touchés dans leur sphère de développement particulier.

Ainsi les idiosyncrasies morales, pour parler comme Bernheim, sont-elles très marquées chez les hystériques?

Remarquons d'ailleurs que les émotions survenant chez ces sujets, sont dues d'ordinaire aux motifs les plus personnels, les plus égoïstes. On les verra tomber en crises ou faire un accident, à l'occasion d'une contrariété insignifiante, et rester insensibles à une épreuve, qui serait cruelle pour toute personne normale. L'hystérique n'est donc pas une émotive habituelle, ses émotivités spéciales ne sont pas en rapport avec l'impressionnabilité nerveuse générale.

D'autre part, dans toute émotion entraînant un acci-

dent hystérique, nous voyons apparaître, à côté de l'élément émotif occasionnel, qui est la condition de toute auto-suggestion, l'idée, qui agit dans cet intervalle, plus ou moins long, que Charcot dénommait : phase de méditation.

« Parmi les nombreux facteurs qui peuvent, dans cette phase de méditation, contribuer au développement d'accidents pithiatiques, il en est un qui semble particulièrement important, c'est un besoin pathologique de s'exagérer, à soi-même, les manifestations de son émotion, et de les rendre plus impressionnantes pour les spectateurs. Bien souvent, après avoir ressenti une émotion, l'hystérique, cherchant à se rappeler les signes qui l'ont marquée, se demande vraisemblablement s'ils ont été assez violents et assez expressifs. Ce besoin de dramatiser, en les extériorisant, ses états d'âme, se rencontre chez beaucoup d'individus; il semble parfois très marqué chez les hystériques, et peut-être cela tient-il à ce que ces malades, malgré qu'on se les représente volontiers, comme très impressionnables, comme ayant une vie affective extrêmement riche, des émotions plus fortes que celles des normaux, ont, au contraire, assez souvent, une vie psychique très pauvre en éléments affectifs, et à ce qu'ils souffrent de cette sécheresse, de cette difficulté à s'émouvoir; le sentiment qui paraît dominer chez eux, c'est la crainte qu'ils ont, d'éprouver moins vivement que d'autres, et d'exprimer insuffisamment les émotions, qu'il est normal d'avoir, dans certaines circonstances de la vie. » (Babinski et Dagnan-Bouveret).

Ainsi les deux termes d'émotivité et d'hystérie ne doivent pas être confondus; il existe de profondes différences entre les émotifs et les hystériques. Et même si l'on en veut croire Babinski :

« Quand une émotion sincère, profonde, secoue l'âme humaine, il n'y a plus de place pour l'hystérie » (Babinski)

Si, dans la genèse des accidents hystériques, on donne ainsi une place prépondérante à l'idée, et minime au coefficient émotif on s'explique bien comment les enfants hystériques sont calmes en apparence et se différencient à première vue, des enfants dits nerveux.

« Les enfants hystériques ne sont pas, en effet, de petits psychonévropathes ordinaires.

Alors que les enfants dits nerveux ou émotifs, ou turbulents, nous sont amenés à propos de l'un de ces phénomènes, rarement les parents amènent les autres à l'occasion d'un fait dénotant grossièrement le nervosisme.

Les petits nerveux ou émotifs sont atteints de tics, font des grimaces, ne peuvent rester en place, ils se font remarquer par leur turbulence » (A Collin).

Si l'on veut préciser les différences comparons l'observation de D. G. venu consulter pour turbulence, tics, incontinence d'urine émotive, troubles vaso-moteurs, sudation des extrémités, à celles des petites filles placides, calmes, raisonnables en apparence, qui nous firent les plus graves accidents hystériques.

D. G. âgé de cinq ans et demi est amené par ses parents, à cause de son extrême nervosisme. Depuis quelque temps, il s'agite, dort très mal, a des cauchemars, fait des grimaces; on ne peut le laisser jouer avec d'autres enfants, parce que,

bien qu'il ne soit animé d'aucune mauvaise intention, il a des jeux si brutaux, des mouvements si saccadés, que ses camarades moins résistants sont projetés sur le sol.

La première fois que nous l'examinons, nous remarquons qu'il s'agit d'un enfant éveillé, intelligent, répondant bien aux questions. Cependant il se trouble facilement et pendant les quesques instants où nous l'interrogeons, nous voyons sa figure se colorer vivement et aussitôt après devenir très pâle. De plus sa face est agitée de mouvement divers : clignement d'yeux, grimaces; enfin il souffle perpétuellement, s'ébroue et respire bruyamment, d'une façon tout à fait arythmique. Le pouls compté à cinq ou six reprises pendant cet examen, où l'on évite que l'enfant remue, marque successivement 80, 130, 90, 140, 80 pulsations. Brusquement, il devient très rouge, il trépigne, il avait uriné dans son pantalon. A la suite de ce petit incident ses jambes et ses bras sont animés de mouvements et de tremblements.

Une étude plus approfondie des enfants hystériques confirmera cette impression.

Dans leur vie de tous les jours, à l'école, comme dans la famille, comme devant le médecin ce qui nous frappe habituellement c'est leur apathie, leur indifférence. Symptômes dont Janet a bien signalé l'importance dans l'hystérie. La distractivité dit Janet, est une disposition tout à fait anormale à l'indifférence, à la distraction, à l'abstraction.

Nous croyons que cette indifférence, remarquable pour le commun des gens et des choses, doit être placée au premier plan, et que c'est à l'absence d'ébranlement affectif, mettant en éveil toute l'intelligence, que l'hystérique est redevable de sa distractivité.

Le désintéressement de l'enfant pour tout ce qui l'entoure est frappant; le regard vague et rêveur il reste dans une torpeur nonchalante; exécutant docilement, mais sans entrain, lentement, les ordres précis qu'on lui donne : s'habiller, se déshabiller, etc...

Bien souvent, en dehors de l'accident somatique, c'est à cause de cette indifférence, ou plutôt de ses conséquences, qu'on amène le malade au médecin.

De ce désintéressement, de cette inattention, de cette inactivité qui s'enchaînent, résulte l'absence totale de progrès à l'école.

On voit des enfants, comme B. Suzanne (obs. 7) sachant à peine lire et écrire à onze ans.

Ce désintéressement, ce rétrécissement du champ de conscience, expliquent encore, pour une bonne part, un autre grand symptôme pour lequel les parents viennent consulter : l'ennui dans lequel l'enfant paraît plongé pendant des heures. L'ennui « stigmate commun des psychopathes » pour Janet, est ici plutôt une bouderie: l'enfant a constamment des motifs de se plaindre; la réalité des choses ne s'adapte pas à ses désirs secrets, son imagination de mythomane est toujours déçue.

Et ce dernier trait, la bouderie avec son mutisme obstiné, qu'on doit interpréter comme une réaction contre l'entourage, qui ne satisfait pas ses désirs inexprimés, nous fait soupçonner chez l'enfant hystérique une vie intérieure où elle cultive, fait croître sans cesse, ses goûts, ses rêves, refoulés par les nécessités de l'existence.

Que l'occasion et les circonstances le permettent, ces

tendances, ces goûts vont s'épanouir; l'hystérique alors montrera de l'intérêt, et les traits habituels de son caractère seront remplacés par d'autres, en apparence contradictoires. L'hystérique se révèlera, partiellement au moins comme douée de volonté, d'attention.

Mais cet éclair d'intérêt suppose-t-il des qualités réelles, on s'agit-il seulement d'apparences trompeuses?

On s'aperçoit bientôt que le sujet a retenu un mot, une notion qui l'a frappé, qu'il a copié une attitude, des dehors qui l'ont séduit, et qu'il ne s'agit pas là d'un travail effectué par les facultés supérieures de l'attention et de la raison, mais simplement de la mise en jeu automatique de l'imagination.

De sorte que l'automatisme psychologique, dont l'hystérique ne se départ guère, nous donne la réelle mesure de ses capacités psychiques.

Il faut convenir d'ailleurs qu'elle peut prêter à l'illusion, que son imagination vive peut la bien servir dans une foule de circonstances. Son intérêt une fois mis en jeu par des points de vue spéciaux, exceptionnels, parfois très éloignés du point de vue normal, mais cadrant avec sa mentalité du moment, l'hystérique, habituellement inerte, impassible, montrera alors une activité désordonnée et superflue.

La constitution mythomaniaque se révèle chez elle, aussi bien dans la vie de tous les jours, dont elle agrémente la trop grande simplicité avec les ressources de son imagination, que dans les délits spéciaux qu'elle se laisse entraîner à commettre.

Empoisonneuse, voleuse d'enfants, simulatrice d'at-

tentats, (tels sont les délits spéciaux de l'hystérique adulte) son imagination la mêle toujours à des événements qui puissent agiter l'opinion. Son prurit d'inventivité lui donne le premier rôle dans les histoires qu'elle échafaude consciemment ou dans un état de subconscience.

Dans ce délire si spécial d'auto-hétéro-accusation que Dupré et Manet ont étudié, nous voyons la marque de fabrique hystérique s'épanouir au maximum : l'hystérique n'est auto-accusatrice, comme le dit Garnier, qu'à condition d'être hétéro-accusatrice, et pour elle le mobile le plus ordinaire et le plus puissant est de se mettre en évidence.

Les mêmes caractères se retrouvent dans les actes délictueux de l'enfant hystérique; ils ont aussi une étrangeté, une apparente inutilité, disproportionnée avec leur gravité.

Cette mythomanie vaniteuse et sensationnelle se montre du reste aussi, dans les occasions les plus banales, il semble que l'hystérique fabule et invente « pour rien, pour le plaisir. »

Cette disposition à la fabulation est normale chez beaucoup d'enfants, mais s'efface avec l'âge, chez les hystériques, elle persiste, s'embellit et se développe, au lieu de disparaître; l'hystérique conserve donc, en partie, la mentalité infantile.

Par contre, en observant de jeunes hystériques, on est frappé de trouver chez eux, un maintien, une expression, des attitudes, tout à fait au-dessus de leur âge. Quelquefois même ce contraste se révèle visiblement

dans leur développement physique. L'étage supérieur du visage présente des yeux bien fendus, ombragés de cils développés, ayant l'expression d'une féminité complète tandis que l'étage inférieur nous montre une bouche d'enfant.

Séglas attire l'attention de ses élèves sur ce contraste curieux.

Il existe aussi d'une façon constante, une désharmonie très marquée dans les périodes d'apparition de la première dent, des premières fonctions de la marche et du langage. Certains de ces enfants ont eu leur première dent à trois mois, alors qu'ils n'ont marché qu'à deux ans; d'autres marchaient avant d'avoir une seule dent; d'autres enfin ne parlaient pas encore à deux ans, alors que leur dentition avait été régulière et qu'ils s'étaient fait remarquer par la précocité de leur marche.

Au point de vue du démembrement du syndrome psycho-neuro-musculaire infantile, même désharmonie. Si l'extension des orteils, l'exagération des réflexes tendineux, la conservation des attitudes, persistent tardivement, il est habituel que la conservation des attitudes persiste encore d'une façon élective, alors que le signe de Babinski est déjà en voie de disparition (flexion ou extension variant au cours de l'examen).

Ainsi, ici encore, à côté d'une hypo-évolution générale de tout le cerveau moteur, avec ses dépendances, hypo-évolution encore plus marquée de certaines parties constituantes de ce cerveau moteur.

Quant au développement physique lui-même, la laxité ligamentaire en est le caractère le plus frappant;

elle peut être à notre avis considérée comme un caractère infantile qui s'efface normalement. Cette laxité est remarquable et permet de placer les membres dans les situations les plus étranges ; elle n'a d'analogue que celle des enfants mongoliques.

Cette laxité ligamentaire entraîne souvent de la scoliose et Kirmisson a été frappé des « relations des déformations rachidiennes avec les divers états névropathiques. Et par là, je ne veux pas parler des scolioses qui sont liées aux maladies bien définies du système nerveux, telles que la syringomyélie, la maladie de Friedreich, la paralysie infantile.

Ce sont là des scolioses secondaires ou symptomatiques. J'ai en vue les relations qui existent entre la scoliose primitive ou essentielle de l'adolescence, et les divers états névropathiques, de la nature de l'hystérie, par exemple. Il n'est pas rare de voir les mères atteintes de troubles nerveux variés, parfois même de véritables crises hystériques qui viennent nous présenter leurs filles atteintes de scoliose, et qui, elles-mêmes, offrent tous les signes de la névrose. En un mot, il n'est pas douteux pour moi, qu'il y ait une relation importante entre les états nerveux et les dystrophies du tissu osseux. » (Kirmisson).

Chez les enfants que nous avons étudiés à propos d'un phénomène névropathique hystériforme, on trouve donc souvent réunis : une laxité ligamentaire remarquable; de la mythomanie; un retard électif ou général, dans l'établissement des premières fonctions psychiques et neurologiques; tous ces caractères marquent la persistance de l'état infantile.

Selon nous, la mythomanie même peut en effet être ainsi interprétée; elle a pour bases la hâblerie, la vantardise, le goût du merveilleux, bien marqués surtout chez l'enfant. Nous croyons donc que chez l'hystérique, elle va de pair avec les autres signes d'évolution incomplète.

C'est dire que, comme les autres signes, celui-ci aussi peut manquer. Il n'est pas fatalement partie intégrante du terrain hystérique, mais on l'y rencontre souvent.

En résumé, les enfants capables de faire des accidents hystériques ont eu un retard de développement électif et avant même toute manifestation hystérique nette se sont montrés, le plus ordinairement, mythomanes et hypersuggestibles.

CHAPITRE III

A côté des cas d'hystérie infantile où l'existence d'accidents confirme le diagnostic d'une façon indéniable, y a-t-il d'autres cas où, sans accidents, l'on puisse parler d'hystérie ?

Boncour et Philippe parlant de ces écoliers imaginatifs, vaniteux, toujours avides de paraître ou de tromper, bizarres, fantasques, capricieux, prodigues de narrations colorées, où ils jouent le beau rôle, en font des enfants hystériques.

Nous avons rencontré de tels enfants, et à côté de cette mythomanie spéciale, nous avons observé chez eux la persistance de la conservation des attitudes (Obs. 6 D. Rose).

Quelle que soit l'opinion à laquelle on s'arrête à l'égard de ces cas litigieux, nous n'en voyons pas moins l'importance que présentent les troubles du caractère, en particulier, la mythomanie, dans la classification des enfants anormaux.

Il importe donc de distinguer d'abord, avec Dupré, trois sortes de mythomanie vaniteuse : la hâblerie,

l'auto-accusation criminelle, et la simulation d'attentats ou de maladies.

La hâblerie se rencontre assez souvent chez certains anormaux plus ou moins débiles, et, en général, en même temps, instables. « Ils font le récit fabuleux d'exploits romanesques, dans lesquels ils ont joué un rôle héroïque. L'instabilité mentale et motrice, associée à la mythomanie imaginative, crée ces types de « mythomanie errante » que Dupré a signalés sous le nom pittoresque de « fables en marche. » Leurs récits tantôt abondants et prolixes, tantôt rares et pleins de réticences, sont un mélange inextricable de vérités et d'erreurs, de sincérités et de mensonges, où l'enquête n'aboutit souvent qu'à relever des lacunes et des contradictions, sans réussir à reconstituer l'identité des personnages. » (Th. d'Heuyer).

Voilà déjà un groupement bien net, rattachable sans doute à une constitution hypomaniaque et dont les caractères bien tranchés éviteront la confusion avec l'hystérie.

L'auto-accusation criminelle, plus fréquente d'ailleurs chez l'adulte que chez l'enfant, et généralement due à l'intoxication alcoolique, revêt ordinairement, dans le cas où elle est d'origine hystérique, la forme complexe d'auto-hétéro-accusation bien décrite par Dupré et son élève Manet.

La simulation d'attentats et de maladies n'est qu'une forme mimée de mythomanie, cette forme s'observe surtout chez l'hystérique qui joue d'instinct la comédie (Jules-Simon-Maurice de Fleury).

Elle s'accompagne de mythomanie fabulante, fantaisiste et colorée, et très fréquemment de mythomanie accusatrice.

Après ces distinctions, il paraît difficile de dire que, sous toutes ses formes, la mythomanie n'est qu'une manifestation de dégénérescence, comme les autres troubles du caractère, les délits autrefois rattachés à l'hystérie; et avec Régis, qui proteste contre cet envahissement de l'hystérie par la dégénérescence « cette dégénérescence, dont on ne voulait plus naguère, et qui reparaît aujourd'hui, à peine modifiée » il faut au moins convenir que l'hystérie imprime un cachet particulier à cette dégénérescence.

Au Congrès de Gand, la plupart des auteurs se sont ralliés à cette idée que, dans l'association hystéro-dégénérative, c'est là dégénérescence qui entraîne les réactions anti-sociales, et non l'hystérie elle-même.

Cette idée a plus qu'un intérêt théorique, ses conséquences peuvent-être graves, car à la moindre incartade d'un hystérique, on en arrive alors à des mesures de répression sévère fort regrettables; or, l'hystérique peut être amendé par une discipline et une surveillance bienveillantes. C'est pourquoi sans nier l'association hystéro-dégénérative, nous estimons qu'il est de nombreux cas où l'hystérique réagit d'une façon anti-sociale, parce qu'il est mal élevé, manque de bons exemples.

Tout enfant mal élevé ou placé dans un milieu défavorable, peut présenter des réactions de ce genre, si l'enfant est normal, le médecin conseille un changement d'éducation.

Mais s'il croit trouver de l'hystérie, l'association hystéro-dégénérative s'offre à son esprit. C'est d'autant plus facile quelquefois que le milieu, où vit l'enfant, est anormal, à cause de la tare psychopathique du père ou de la mère. Alors, induit en erreur, par une notion d'hérédité, qui lui paraît trop claire, il porte un diagnostic sévère qui peut mener loin l'enfant.

La question de milieu et d'éducation ne peut tout régler, du reste, il faut connaître aussi les caractères des réactions anti-sociales du pervers instinctif, du débile et de l'hystérique.

Les méfaits des enfants se ressemblent souvent, les variétés en sont moins nombreuses que chez l'adulte ; il s'agit de vols, de larcins, de dégâts, de brutalités, le tout compliqué de mensonges. C'est donc surtout sur les circonstances concomitantes que l'investigation portera.

Dans tous les délits du pervers, on observe un caractère qui ne manque pour ainsi dire jamais : il trouve sa récompense et sa satisfaction dans sa mauvaise action. Il cache son exploit, il agit dans l'ombre, sournoisement, il fait le mal pour le mal, et ses actes sont souvent loin d'être utilitaires.

L'hystérique, au contraire, tire vanité de l'acte, du méfait commis ; elle ne l'accomplit que pour la galerie ; c'est une façon d'être remarquée, et le cachet mystérieux, romanesque, sensationnel de ses délits, existe déjà.

Pour les débiles, leurs actes délictueux sont plus ou moins raisonnés, mais presque toujours la débilité

s'affirme dans les suites, dans l'usage du larcin : par exemple, une fillette vole de l'argent à sa mère pour pouvoir lui faire cadeau d'une paire de rideaux.

L'interrogatoire de l'enfant achèvera d'orienter le diagnostic : dans sa défense, le débile avec ses hochements de tête, ses exclamations, son épouvante, manifeste, à la menace de la prison, est facilement reconnaissable.

Dans sa défense judicieuse, le pervers, lui, est un accusé qui se défend habilement. Les yeux en coulisse, sournois, ou fixés obstinément sur le sol, il nie jusqu'à la limite de la possibilité, il avoue le minimum.

Quant à l'hystérique, il est entièrement différent, ni craintif, ni embarrassé, il semble tout à fait à l'aise, et rien, dans son maintien tranquille, ne trahit l'inquiétude.

Quand on examine l'état mental habituel de ces enfants, le pervers se révèle dur, méchant pour les autres enfants, cruel envers les animaux ; c'est le fou moral de certains auteurs.

Le débile, avec son infériorité intellectuelle, se contente de réfléter le milieu où il vit et tourne à tous les vents. Plus ou moins compliqué de perversion, le débile est un mené qu'il faut soustraire à l'influence des meneurs.

L'enfant hystérique n'a pas les caractères d'inadaptabilité du pervers ; il n'a pas non plus la suggestibilité générale du débile.

On ne doit donc pas le traiter, dès qu'il présente des réactions anti-sociales, comme un pervers, impossible à améliorer.

On ne doit pas non plus fonder sur sa suggestibilité toute particulière, l'espoir d'une modification immédiate et radicale de ses réactions. La suggestibilité de l'hystérique est en effet bien spéciale, il interprète et modifie à sa guise les suggestions étrangères. « L'hystérique pense et agit pour lui et par lui » dit Charcot.

Mais les facultés intellectuelles et morales de l'hystérique ne sont pas gravement compromises; c'est surtout sa suggestibilité et son imagination qui causent ses réactions anti-sociales, une psychothérapie bien entendue, peut arriver à les modifier, à les réprimer.

CHAPITRE IV

La plupart des auteurs s'accordent implicitement à constater dans l'hystérie un dédoublement du conscient et du subconscient : théorie due à Janet.

Que ce soient Breuer et Freud : « La disposition à la dissociation de la conscience, et en même temps à la formation d'états de conscience hypnoïdes constitue le phénomène fondamental de la névrose », ou Déjerine, parlant du « psychisme formé de parties mal assemblées de l'hystérique » parties que « l'excitation émotive est capable de dissocier, soustrayant un organe, un groupe fonctionnel à l'action de la volonté », ou Laignel-Lavastine, s'expliquant « la remarquable suggestibilité des hystériques et la conservation des idées fixes subconscientes par leur singulière facilité à la désagrégation mentale », tous en arrivent à la désagrégation mentale.

Or il est un état mental, l'état mental infantile qui présente normalement cet état de dissociation, signalée chez l'hystérique, et la plupart des auteurs l'ont également remarqué. Pour Janet et Freud « les névroses sont des infantilismes psychiques au premier degré, des régressions aux fonctions primitives, celles de l'enfant

(Freud) ou de l'ancêtre (Janet) » (Régis et Hesnard).

Chez les autres auteurs, il est facile de saisir continuellement des allusions à cet infantilisme de l'hystérique, des comparaisons entre l'état mental de l'hystérique et celui de l'enfant.

Nous croyons avoir donné à cette conception une base anatomo-physiologique sérieuse : nous avons noté chez l'enfant hystérique, au delà des limites d'âge habituelles, la persistance du syndrome psycho-neuro-musculaire infantile, traduisant une évolution cérébro-spinale incomplète.

Ainsi l'hystérie nous paraît conditionnée par des modifications anatomo-physiologiques qu'il n'est pas impossible de déceler.

Si nous portons nos investigations sur les « hystéries provoquées », là encore nous relevons des causes manifestes d'altération du système nerveux.

Que ce soit une maladie organique du système nerveux, l'intoxication saturnine, le shock traumatique ou émotif, les causes capables d'entraîner les accidents hystériques, sont aussi capables de léser, de désorganiser gravement le système nerveux.

Cela ne laisse aucun doute pour les maladies organiques, telles que le tabes, la sclérose en plaques.

Pour l'intoxication saturnine, la ponction lombaire positive et les polynévrites prouvent l'atteinte portée au système nerveux.

Et l'émotion, capable de provoquer des troubles circulatoires intenses, peut sans doute altérer sérieusement un tissu aussi délicat que le tissu nerveux. Marinesco,

dans son livre sur la cellulle nerveuse, a montré combien de causes banales et insignifiantes au premier abord, étaient susceptibles de léser les centres nerveux.

Bernheim a décrit des névrites et myélites d'origine émotive « les shocks traumatiques ou émotifs peuvent déterminer, par perturbation bio-chimique, ou par réveil de diathèse nerveuse toxique, des lésions médullaires et névritiques ».

En somme, rapprochant les unes des autres les diverses hystéries, nous « soulignons l'analogie des psychonévroses avec les maladies organiques du cerveau, et les faits d'observrtion nous démontrent chaque jour, qu'il faut chercher la causalité dernière des symptômes, dans des conditions anatomo-physiologiques » (Régis et Hesnard).

Veillet a dit, dans sa thèse, que l'hystérie doit être placée à côté des psychoses toxiques, et qu'il faudra un jour la considérer comme un mode réactionnel des centres psychiques à l'action pathogène « d'une intoxication chronique et atténuée, le plus souvent héréditaire ».

Nous croyons cette hypothèse assez fondée, et nos observations nous ont montré aussi l'intoxication et l'infection des ascendants comme causes principales de l'hystérie.

Nous ajouterons qu'entre toutes les infections et intoxications, c'est la tuberculose et l'alcoolisme, (lesquelles d'ailleurs complètent souvent leur influence l'une par l'autre), que nous avons retrouvées dans les antécédents héréditaires de nos malades.

Depuis longtemps déjà Grasset a invoqué cette étiologie et répondu aux objections qu'on pouvait faire, en se basant sur la fréquence de la tuberculose en général. Sans être dupe de cette fréquence, « on ne peut tout expliquer, ni par les fausses phthisies des hystériques, ni par les fausses hystéries des phthisiques ni par la simple coïncidence ». (Grasset).

Cette étiologie explique la fin banale de l'hystérique par tuberculose pulmonaire, mais l'on peut s'étonner que les accidents tuberculeux ne soient pas plus fréquemment observés chez les hystériques. C'est que ceux-ci paraissent surtout atteints de tuberculose à lésions bénignes et atténuées; atténuation qui s'explique sans doute par l'influence héréditaire.

Cette question de la tuberculose chez l'hystérique nous mène à envisager le pronostic et d'une façon générale l'avenir de l'hystérique.

Pour certains auteurs, la démence précoce serait une complication possible. On a décrit en effet des syndromes hystériques qui seraient le stade prémonitoire de la démence précoce. Kraepelin pense que beaucoup de « Dämmerzustände » états crépusculaires ou d'obnubilation hystérique évoluent en démences précoces, si on se donne la peine de les observer assez longtemps.

« Une constitution psychopathique, dit Laruelle, peut-elle se révéler primitivement sous forme d'un syndrome hystérique, secondairement sous celle de démence précoce? Toutes deux seraient l'expression d'une dégénérescence mentale native ».

Pour la plupart des auteurs, les symptômes observés

relèvent déjà de la démence précoce; à côté de la suggestibilité, on trouve un négativisme qu'on n'observe pas dans l'hystérie.

Pour Bernheim, si quelques symptômes hystériformes sont associés aux « Dammerzustände », ils sont d'origine émotive et ont dérouté le diagnostic.

Quels que soient les rapports entre l'hystérie et la démence précoce, nombreux sont les cas d'hystérie qui persistent sans complications; nombreux aussi les cas qui s'améliorent.

« Nous nous sommes enquis, dit André Collin, de ce qu'étaient devenues les grandes hystériques qui avaient une vingtaine d'années, à l'époque des démonstrations de Charcot; nous avons pu en retrouver trois qui sont employées à la Salpêtrière. L'une est lingère, les autres font des écritures.

Toutes les trois sont calmes; elles ont une soixantaine d'années ».

Avec l'âge, le développement et l'insuffisance psychique ont donc été compensés, réparés, et les recherches de Kaes, montrant que les fibres myéliniques augmentent jusque vers la quarantième année, donnent une base anatomique à ces constatations. Ces travaux de Kaes s'accordent parfaitement avec la thèse que nous soutenons : l'hystérie s'observe chez les sujets dont l'évolution du système nerveux est incomplète.

Et nous sommes amenés tout naturellement à traiter alors les hystériques, ces êtres incomplets, un peu comme on traite les prématurés.

Plutôt que les excitations, faites pour les tirer de leur

torpeur, de leur distractivité, de leur aboulie, c'est le repos qu'il faut instituer comme traitement physique; repos au grand air, s'il est possible, pour éviter la tuberculose.

Quant à l'hygiène morale, elle n'est pas moins importante. Suggestible et malléable, telle est l'hystérique, c'est dire que si l'on éloigne d'elle les occasions d'émotion, les provocations, les exemples d'excentricité, il y a chance d'éviter les accidents.

Mais l'hypertrophie, l'exubérance de ses réactions seront toujours à redouter, que l'hystérique s'engage dans la voie de la charité, de la philanthropie, ou dans celle du roman, de la simulation d'attentats ou de maladies; aussi le médecin et les proches doivent s'efforcer de donner à l'hystérique l'habitude du raisonnement et de la méthode.

Si les soins, les doléances de l'entourage entretiennent l'état nerveux de l'hystérique, il faut recourir, sans hésiter, au changement de milieu; il faut pour l'hystérique des établissements spéciaux, où, à côté de l'hygiène physique que nous avons préconisée, elle puisse trouver une direction morale, appliquée avec autorité.

On conçoit que c'est dans l'enfance que l'on puisse obtenir les meilleurs résultats; « l'hystérie dans l'enfance ne tient pas », disait Charcot.

De même que le débile est un enfant à éduquer, le pervers un enfant à isoler, (pour le mettre hors d'état de nuire), l'hystérique est un enfant à discipliner : voilà la vraie formule.

Et, même compliquée de perversion ou de dégéné-

rescence, (nous savons combien l'association hystéro-perverse, l'association hystéro-dégénérative sont fréquentes), l'hystérique doit être soignée, parce qu'elle est facilement améliorable. Il est bien difficile, du reste, en face d'une association hystéro-perverse, de débrouiller la part qui revient à chaque élément; dans ces cas douteux, il faut encore essayer un traitement; il donnera parfois des résultats inespérés du côté des réactions perverses, et le fait n'a rien de surprenant : l'impulsivité hystérique peut exagérer les perversions dans leur expressions; l'imagination hystérique peut faire naître les idées perverses les plus étranges, les plus excessives, sans qu'il y ait perversion instinctive.

En résumé, à côté des enfants qui sont de véritables pervers, il en est d'autres qui, malgré leurs apparences défavorables, peuvent être préservés, protégés, amendés, il ne faut donc rien négliger pour leur éducation physique et morale.

OBSERVATIONS

Observation I.

R. fille de 5 ans.

A. H..., Père alcoolique et tuberculeux. Mère bien portante. Enfants 5. Deux sont morts en bas âge, un autre a une tumeur blanche du genou, notre malade est la cinquième.

A. P... Née à terme.

Première dent à 11 mois. Marché à 2 ans.

Parlé à 9 mois : elle disait déjà : j'ai faim.

Uriné au lit jusqu'à 3 ans.

Examen neurologique :

Réflexes rotuliens normaux.

Signe de Babinski : en flexion des deux côtés.

Conservation parfaite, des attitudes.

Examen physique :

Laxité ligamentaire. Désharmonie marquée entre la partie supérieure du visage et la partie inférieure.

Caractère : l'enfant est calme, réfléchie, bien différente, dit la mère, des enfants nerveux.

Mythomanie : jamais on ne lui lave son linge, on la prive de nourriture, etc...

A toujours mal quelque part. L'année dernière elle a fait un véritable accident hystérique.

Elle est restée trois semaines sans marcher, atteinte d'astasie-abasie. Ces troubles ont disparu rapidement par persuasion.

On nous la ramène accusant cette fois une douleur persistante dans le bras gauche. Elle a encore guéri par persuasion.

Observation II.

G..., fille de 3 ans et demi.

A. H. Père alcoolique.

Mère bien portante.

A. P. Née à terme.

Première dent à 8 mois. Marché à 11 mois. Premiers mots à 9 mois. Propre de bonne heure.

Examen neurologique.

Réflexes rotuliens vifs.

Signes de Babinski : extension à droite, flexion à gauche.

Conservation des attitudes parfaite.

Caractère :

L'enfant est amenée pour une flexion d'un membre inférieur facilement réductible mais se reproduisant aussitôt et rendant la marche impossible.

Cinq jours auparavant l'enfant avait été contrariée, sa mère avait refusé de la prendre dans son lit comme elle en avait l'habitude, L'enfant fit deux pas sur le tapis qui séparait son lit de celui de sa mère, et sans faire aucun effort pour remonter dans son lit, elle poussa un grand cri.

Sa mère se leva aussitôt, la petite G..., n'accusa aucune douleur mais dit qu'il lui était impossible de marcher. Le genou en effet était à demi fléchi, la mère essaya de corriger cette flexion, elle y parvint et l'enfant se rendormit. Deux heures plus tard on voulut la lever, le genou se remit en flexion et pendant toute la journée, la marche fut sautillante, l'orteil gauche appuyant sur le sol.

Le lendemain l'enfant ne voulut pas quitter le lit. Ne trou-

vant aucune lésion à l'articulation, nous fîmes le traitement par suggestion, et l'enfant marcha aussitôt.

Observation III.

P..., fille de 4 ans.

A. H..., Père alcoolique et tuberculeux, mort à Tenon, 3 mois avant la naissance de P...

Mère tuberculeuse. Poumon droit ramolli.

Enfants 5, l'aîné de 14 ans est bien portant, le deuxième 9 ans à Berck pour ganglions tuberculeux, deux autres sont morts à 4 ans et à 6 ans de méningite tuberculeuse.

A. P..., Née trois semaines avant terme. Elevée au sein. Première dent à 13 mois. Marché à 20 mois. Premier mot à 22 mois. Uriné au lit jusqu'à 2 ans et demi.

Examen neurologique :

Réflexes rotuliens vifs.

Signe de Babinski : flexion à droite, extension à gauche.

Syncinésie marquée des membres supérieurs, plus nette à gauche.

Conservation des attitudes parfaite.

Caractère : Mythomanie, récits imaginatifs connus de tout le quartier. A fait une fois, dans la rue, appel à 2 sergents de ville pour abattre un chien enragé, monté dans le logement d'une voisine. Nous est amenée pour une crise de nerfs à la suite d'un renvoi de l'école, pour une peccadille. Le lendemain matin, efforts pour vomir, et l'enfant dit à sa mère qu'une boule lui serre la gorge depuis qu'on l'a renvoyée de l'école.

A guéri par persuasion, séance tenante.

Observation IV.

Suzanne Fr : 5 ans.

A. H. Père bacillaire et alcoolique.

Mère atteinte depuis un an de crises de nerfs survenant à la suite de contrariétés, cris, chute, mouvements convulsifs, émission de larmes abondantes. Ces crises ont eu lieu plusieurs fois devant la petite Suzanne Fr.

Enfants quatre, deux sont atteints de tuberculose pulmonaire avérée, le troisième est rachitique.

A. P. Née à terme. Première dent tardive. Marché très tard. Parlé très tard. Uriné?

Examen neurologique.

Réflexes rotuliens normaux.

Ligne de Babinski : flexion des 2 côtés.

Conservation parfaite des attitudes.

Examen physique : rachitisme, marqué surtout au crâne.

Caractère : Mythomanie. La mère dit que l'enfant raconte des histoires « je ne sais pas où elle va les chercher ».

L'enfant nous est amenée pour des crises de nerfs qui se sont reproduites plusieurs fois, elle est prise d'étouffement, devient violette, se raidit. La crise cesse par aspersion d'eau froide.

Pas de morsure de langue, ni d'émission d'urine, ni d'écume à la bouche. L'enfant se souvient de sa crise, la compare aux crises de sa mère, et dit comme sa mère que la contrariété y est pour beaucoup.

Observation V.

M..., fille de 6 ans.

A. H. Père mort, probablement tuberculeux.

Mère bien portante. Chiffonnière.

A. P. Née à terme.

Première dent tardive. Marché tard.

Parlé de très bonne heure. Uriné ?

Examen neurologique :

Réflexes rotuliens normaux.

Signe de Babinski : flexion des deux côtés.

Conservation parfaite des attitudes.

Caractère : mythomanie, elle se dit la fille de parents fortunés, se plaint constamment, invente des symptômes de maladie, douleur, gonflement des membres.

Remarque : on lui créa une hémianesthésie en cherchant la sensibilité à la piqûre.

Observation VI.

D..., Rose 11 ans.

A. H. Père alcoolique, brutal. Mère bien portante.

A. P. Née à terme.

Première dent 8 mois. Marché à 9 mois. Premiers mots à 7 mois. Propre de bonne heure.

Examen neurologique :

Réflexes rotuliens vifs.

Signe de Babinski : flexion à droite, extension à gauche.

Conservation parfaite des attitudes.

Examen physique :

Laxité ligamentaire peu marquée.

Désharmonie entre la partie supérieure du visage et la partie inférieure.

Caractère : Mythomanie, elle a été raconter au commissaire qu'on lui faisait des misères, qu'on la battait, qu'on ne la nourrissait pas. — Elle dissipe l'argent qu'on lui donne pour des commissions : au cinéma, en bonbons, gâteaux, etc..

On l'envoie prendre des nouvelles de sa sœur malade, elle raconte avec force détails l'état de sa sœur, et elle n'est même pas allée la voir.

Cette enfant pour laquelle plusieurs médecins ont porté le diagnostic, de perverse instinctive, n'est pour nous qu'une mythomane, suspecte d'hystérie, puisqu'elle s'amende sous l'influence du changement de milieu, puisqu'elle est perfectible.

Placée dans un patronage, sur la décision du tribunal d'enfants, après examen d'expert médical, cette enfant s'est transformée rapidement, et, depuis plusieurs mois, la guérison se maintient.

Observation VII.

B..., Suzanne 11 ans.

A. H..., Père bien portant. Peintre en bâtiments. Pas d'accidents dus au plomb. Pas d'éthylisme.

Mère bien portante. Nerveuse, pas d'éthylisme.

A. P..., Née à terme. Poids : 3 k. 500.

Première dent? Marché à 13 mois. Dit le premier mot à 10 mois, propre à 18 mois.

Examen neurologique :

Réflexes rotuliens vifs.

Signe de Babinski : extension à droite, flexion à gauche.

Conservation parfaite des attitudes.

Examen physique :

Laxité ligamentaire très marquée.

Caractère : inactive à l'école. Progrès nuls elle sait à peine lire et écrire, elle n'est capable de faire qu'une seule addition, toujours avec les mêmes chiffres.

Enfant gâtée, boudeuse, très apathique.

Mythomanie. L'enfant est très bavarde avec les voisins et raconte de longues histoires quelle invente complètement ; c'est la seule manifestation de son activité intellectuelle, le reste du temps, elle semble détachée de tout ce qui se passe autour d'elle.

A quatre ans elle a présenté des tics des paupières, des mains, des jambes. Ces tics allèrent toujours augmentant pendant trois ans. Vers cette époque, elle assiste à une grande dispute entre des voisins, elle en est épouvantée; « l'émotion la faisait sursauter sur ses jambes », dit la mère.

Un mois après cette scène, elle est atteinte de chorée. Elle reste trois semaines au lit; le médecin la traite au bromure, à l'antipyrine, à la liqueur de Boudin. Elle quitte le lit non guérie et pendant un an les mouvements choréiques persistent très prononcés. C'est à cette époque qu'on nous amène l'enfant. En quelques jours les mouvements disparaissent par persuasion; mais au bout de trois semaines, l'enfant subit une contrariété, insignifiante semble-t-il, mais elle y attache une grande importance; sa mère refuse de lui acheter un chapeau. Elle est alors reprise de ses mouvements choréiques, surtout marqués aux membres supérieurs.

La simulation plus ou moins consciente joue évidemment un rôle dans ces manifestations; enfant gâtée, à qui la mère faible et crédule cède toujours, Suzanne B... sait bien qu'elle obtiendra ainsi ce qu'elle désire; ceci nous semble bien correspondre à la mythoplastie des hystériques de Dupré.

Observation VIII.

(Due à l'obligeance du Dr Bosement).

H... Raymond 15 ans.

A. H. Père tuberculeux. Mère bien portante.

A. P. Né à terme.

Première dent 11 mois. Marché à 14 mois. Parlé à 30 mois. Propre de bonne heure.

A été atteint de convulsions toniques à 4 mois; ces convulsions reparaissent tous les deux mois et cessent à l'âge de cinq ans.

Examen neurologique :
Réflexes rotuliens vifs.
Signe de Babinski : extension à droite, flexion à gauche.
Conservation des attitudes parfaite.
Examen physique :
Rétrécissement mitral.

Caractère : Très menteur, vantard, parle avec autorité, se mêle à toutes les conversations, coupant la parole aux personnes plus âgées pour donner son avis sur les évènements politiques et militaires du moment, et un instant après si l'occasion se présente se livrera à des jeux tout-à-fait au-dessous de son âge : par exemple fera des pâtés de sable avec de tout petits enfants et restera dans leur compagnie pendant des heures.

Fréquemment H. Raymond se lève la nuit, exécute des choses compliquées. Il lui est arrivé plusieurs fois de faire ses devoirs dans ces conditions. Le lendemain, il ne se souvient de rien.

A côté de ces manifestations marquées de somnambulisme qui se sont déjà présentées à plusieurs reprises, il arrive souvent à H. Raymond de se lever, de faire un tour dans la chambre et de se recoucher, sans avoir conscience de s'être levé.

Observation IX.

(X... Due à l'obligeance du Docteur Rose.)

Fille de 17 ans.
A. H. Père et mère bien portants.
Pas de fausses couches.
Pas d'autres enfants.
A. P. Née avant terme, à 8 mois.
Poids à la naissance 1500 grammes.
Elevée en nourrice.

Première dent à 9 mois. Marché à 13 mois. Parlé à 13 mois. Propre de bonne heure.

A eu la coqueluche, la maladie a duré un an.

Examen neurologique :

Réflexes rotuliens très vifs.

Signe de Babinski : flexion à gauche, variable à droite.

Conservation des attitudes.

Examen physique :

Laxité ligamentaire. Cyphose.

Léger rétrécissement mitral.

Caractère : L'enfant peu intelligente et entêtée, n'a pu obtenir son certificat d'études.

Mythomanie. Grossit et embellit le récit des plus simples choses. Partie en colonie de vacances, elle se trouve avec une petite amie atteinte de tumeur cérébelleuse, causant des troubles de la marche, de la titubation. X... au bout de quelque temps devient abasique, elle ne peut plus parler et serre les lèvres ; ouvre cependant la bouche pour manger.

Après quelques jours, l'abasie disparaît. Deux mois après, elle fait à trois reprises des crises convulsives avec chute.

Après chaque crise elle reste quelques jours sans parler et sans marcher.

Quand elle pouvait répondre aux interrogations, elle disait avoir toujours son amie devant les yeux.

Observation X.

Ch... Georgette, 19 ans 2 mois.

A. H. Père bien portant. Employé de chemin de fer.

Mère bien portante. A fait autrefois une fausse couche de 6 semaines.

Deux sœurs jumelles de 8 ans qui ont marché à 15 mois.

A. P. Née à terme.

Première dent à 12 mois. Marché à 12 mois.

Parlé vers 8 mois. Propre de bonne heure.

Fièvre typhoïde à 8 ans. Scarlatine à 9 ans. Délire au cours de ces maladies.

Examen neurologique :

Réflexes rotuliens vifs.

Signe de Babinski : flexion à droite, extension à gauche.

Syncinésie bilatérale.

Conservation des attitudes.

Examen physique :

Laxité ligamentaire. Symptômes d'hypothyroïdie. Tremblotement des joues.

Cheveux cassants. Sommeil lourd. Caractère : peu intelligente, peu travailleuse. La mère la dit très douce.

Mythomanie. Invente des histoires, au dire des parents.

A l'âge de 8 ans gardait déjà une partie de l'argent qu'on lui donnait pour les commissions et niait ses larcins.

A fait deux places comme femme de chambre.

Dans la première a volé 130 francs après effraction d'un coffret qui les contenait.

Dans la deuxième, quinze jours après, elle a volé 410 francs dans la caisse de ses patrons, après s'être procuré une clef, comme elle l'a avoué.

Elle s'excuse ainsi : la 1re fois c'est un jeune homme qui menaçait de la tuer, si elle ne lui donnait pas d'argent.

La 2e fois, c'est une amie qui a pris l'argent, et elle Georgette, poussée par l'amie, a dit avoir commis le vol qu'elle n'avait pas fait.

Cette dernière histoire a été reconnue inventée de toutes pièces.

Depuis ces deux vols, c'est-à-dire depuis six semaines, Ch..., Georgette a eu plusieurs crises de nerfs.

Dans cette observation nous voyons une association de débilité mentale, de perversité instinctive et d'hystérie.

Observation XI.

Madame Gut... 26 ans.

A. H. Père mort de tuberculose.

Mère morte tuberculeuse 18 mois après son mari.

Oncle paternel épileptique.

Dix frères et sœurs, dont un seul vivant aujourd'hui, âgé de 8 ans (il est né avant terme à 8 mois).

Les 6 autres seraient tous morts de méningite, l'un à 16 mois, et les autres entre 8 et 9 ans.

A. P. Née à terme. Elevée au sein.

Première dent à 18 mois. Marché à 18 mois.

Parlé de très bonne heure, mais jusqu'à 9 ans elle a gardé dans la prononciation des défauts très marqués. Propre de bonne heure.

Examen neurologique :

Réflexes rotuliens très vifs.

Signe de Babinski ; flexion des 2 côtés.

Conservation des attitudes.

Caractère ; rien de particulier, la malade n'a jamais présenté de mythomanie.

Elle a des crises de nerfs très fréquentes avec chute. Jamais il n'y a eu d'émission d'urine, ni de morsure de langue. Ces crises sont ordinairement occasionnées par des contrariétés ou des émotions. Pendant la crise, après les mouvements convulsifs, elle bavarde, dit son mari, et raconte ce qui l'a contrariée.

Le mari, sur les conseils d'un médecin, inhibe la crise, par compression de la région ovarienne. A l'âge de 14 ans, la malade avait ses règles pour la première fois ; son oncle eut une crise d'épilepsie devant elle, la malade fut vivement impressionnée, ses règles s'arrêtèrent et huit jours après la première crise d'hystérie se produisit.

A l'âge de 24 ans, la malade fait une autre manifestation

hystérique. Après s'être heurtée fortement à la cuisse, elle crut pendant quatre jours qu'une coxalgie allait se développer.

Au quatrième jour, en se levant, elle crut sentir un craquement dans sa hanche, fut effrayée, déclara qu'elle ne tenait plus debout et se recoucha. Le membre inférieur du genou jusqu'au pied devint froid, elle se fit hospitaliser à Laënnec. Elle y resta quelques jours sans traitement spécial, et y fut atteinte d'une crise après avoir vu dans la salle une autre malade prise de convulsions.

CONCLUSIONS

Les enfants chez qui on observe des accidents hystériques présentent le plus souvent les caractères suivants :

1° Ils ont une hérédité toxi-infectieuse (ordinairement tuberculeuse et alcoolique, plutôt que névropathique).

2° Ils présentent dans leur développement et dans l'établissement de leurs fonctions, des anomalies qui se traduisent par un retard électif ou total, ou une précocité, également élective ou totale (dentition tardive, marche, langage précoces, ou inversement, par exemple).

De plus, chez l'enfant hystérique de 6 à 10 ans, on trouve ordinairement certains signes de réflectivité infantile, qui normalement disparaissent vers 3 ans.

3° Du syndrome infantile psycho-neuro-musculaire, propre à la première enfance, ils gardent particulièrement la conservation des attitudes, qui de physiologique devient pathologique, sans qu'on puisse faire de démarcation entre cette conservation des attitudes et les phénomènes cataleptiques propres à l'hystérie.

4° Ils présentent un grand développement des facultés imaginatives se traduisant par de la mythomanie.

Ces caractères propres à la première enfance, et anormalement prolongés chez les enfants atteints d'accidents hystériques (astasie-abasie, paralysie, somnambulisme), nous paraissent en faveur de cette idée : les hystériques sont des infantiles.

Vu : le Président,
G. BALLET

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Babinski. — Définition de l'hystérie. *Compte-rendu des séances de la Société de neurologie de Paris*, 5 et 8 mai 1900.

— *Ma conception de l'hystérie et de l'hypnotisme. Pithiatisme.*

Babinski et Dagnan-Bouveret. — Emotion et hystérie. *Journal de psychologie normale et pathologique*, mars-avril 1912.

Gilbert Ballet. — *Traité de pathologie mentale.*

Bernheim. — *L'hystérie. Définition et conception. Pathogénie. Traitement.*

— Des myélites et névrites d'origine émotive. *Bulletin médical*, mai 1912.

André Collin. — *Le syndrome infantile psycho-neuro-musculaire.* Th. Paris, 1912.

— *Le développement de l'enfant.*

— Le champ inculte de l'hystérie. *Gazette des Hôpitaux*, 17 déc., 1912, n° 144.

— Procédé de recherche de la résistance à la fatigue chez l'enfant. *Gazette des hôpitaux*, 20 juin 1911, n° 69.

— Contribution à l'étude de l'énurésie dite essentielle. *Gazette des hôpitaux*, 30 nov. 1911, n° 136.

Déjerine et Gauckler. — *Les manifestations fonctionnelles des psychonévroses, leur traitement par la psychothérapie.*

Dromard. — Essai sur la sincérité. *Analyse de L. Dugas in Education*, n° 3, sept. 1911.

Dupré. — Histoire clinique et médico-légale de la mythomanie. *Bulletin médical*, n^{os} 23, 24, 25.

Dupré et Merklen. — La débilité motrice, *XIX^{e} congrès des aliénistes et neurologistes*, Nantes, 8 août 1909.

Grasset et Rauzier. — *Traité pratique des maladies du système nerveux.*

Grasset. — *Le psychisme inférieur.*

— Rapports de l'hystérie avec les diathèses scrofuleuse et tuberculose. *Montpellier médical*, 1884. *Analyse in Ann. médic. psych.*, 1885.

Guinon. — *Les agents provocateurs de l'hystérie.* Th. Paris 1889.

Hartenberg. — *L'hystérie et les hystériques.*

Heuyer. — *Enfants anormaux et délinquants juvéniles.* Th. Paris, 1914.

Janet. — *L'automatisme psychologique.*

— Les névroses. (*Bibl. de philosophie scientifique*).

Kaes. — Contribution à l'étude de l'écorce cérébrale chez les idiots, *in R. neurologique*, 1898.

Laruelle. — Les psychoses hystériques. *Rapport au Congrès de neurologie et de psychiatrie* de Gand, 1908.

Laignel-Lavastine. — Les relations anti-sociales des hystériques. *Paris médical*, 30 mai 1914.

Manet. — *L'auto-hétéro-accusation chez les hystériques.* Th. Paris 1903.

Meige. — Phénomène de la chute des bras. *Congrès des aliénistes* et *neurologistes de France*, Bruxelles 1903. Vol. II, page 59.

Merklen. — De l'énurésie hypogénésique des enfants. *Société de Pédiatrie*, juin 1909.

E. Régis. — *Précis de Psychiatrie.*

Régis et Hesnard. — *La psychoanalyse des névroses et des psychoses.*

Sauvage. — *L'hystérie dans ses rapports avec les phrénopathies. Contribution à l'étude de la nature de l'hystérie.* Th. Toulouse, 1911.

André Thomas. — *Psychothérapie.*

Benjamin Weill. — *Le développement de l'hystérie dans l'enfance.* Th. Paris, 1904.

Veillet. — *L'hystérie et les psychoses toxiques.* Th. Bordeaux, 1909.

PARIS
Imprimerie Vigot Frères, 23, rue de l'École-de-Médecine.